

専用FAX:027-322-5925

事前予約申込書(FAX専用)

独立行政法人  
国立病院機構  
ご希望来院日

高崎総合医療センター宛

記入日 年 月 日

●第1希望: 月 日 ( ) 時

紹介元医療機  
関名称及び所  
在地

電話番号

●第2希望: 月 日 ( ) 時

F A X

●希望日なし: いつでも可 早めに( )

診療科

医師氏名

予約日時  
月 日 ( ) 時 分

ID No [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]

高崎総合医療センター受診歴 あり なし

●ご予約のお返事のタイミング 至急 本日中 翌診療日以降

●紹介状の事前FAXお願いします。

|       |                           |      |                   |    |
|-------|---------------------------|------|-------------------|----|
| フリガナ  |                           | 性別   | 生年月日              | 年齢 |
| 受診者氏名 | (旧姓)                      |      | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 | 歳  |
| 現住所   | 〒 - 都道 市 町<br>府県 区 村<br>郡 | 電話番号 | 番地                |    |

|           |            |
|-----------|------------|
| (希望)担当医師名 | 【傷病名・紹介目的】 |
|-----------|------------|

持参(予定)資料:なし CT MRI 単純X-P 心電図 その他( )  
画像情報ネットワーク使用: あり なし

|       |                                   |   |                                     |                                  |
|-------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| ご依頼内容 | 診療科・特殊外来                          | <input type="checkbox"/> 総合診療科・内科           | <input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科   | <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科           | <input type="checkbox"/> 整形外科 (肩)   | <input type="checkbox"/> 眼科      |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 消化器内科 (消化管)        | <input type="checkbox"/> 整形外科 (脊椎)  | <input type="checkbox"/> 眼科成眼窩外科 |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 消化器内科 (膵・胆・肝)      | <input type="checkbox"/> 整形外科 (一般)  | <input type="checkbox"/> 精神科     |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 消化器内科 (一般)         | <input type="checkbox"/> 外科 (消化器外科) | <input type="checkbox"/> 放射線治療科  |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科              | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科      | <input type="checkbox"/> 皮膚科     |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 心臓血管内科             | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科     | <input type="checkbox"/> 形成外科    |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 神経内科               | <input type="checkbox"/> 脳神経外科      | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科  |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 小児科                | <input type="checkbox"/> 小児外科       |                                  |
|       |                                   | <input type="checkbox"/> 産婦人科               | <input type="checkbox"/> 泌尿器科       |                                  |
|       | <input type="checkbox"/> 栄養サポート外来 | <input type="checkbox"/> 栄養食事指導外来(地域連携食事指導) |                                     |                                  |

|      |     |  |
|------|-----|--|
| 検査共同 | 放射線 | <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT :【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (部位 )】 <input type="checkbox"/> 核医学【 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> その他】<br><input type="checkbox"/> 一般撮影:【 <input type="checkbox"/> 胸部撮影 1. 正面 2. 正面+側面(左付け) 3. 正面+側面(右付け)】<br>【 <input type="checkbox"/> 腹部撮影 1. 立位 2. 臥位 3. 立位+臥床 <input type="checkbox"/> その他( )】 <input type="checkbox"/> 心臓CT |
|------|-----|--|

ご案内

- ◎担当医師のご希望には、必ずしも添えない場合がありますことをご了承ください。
- ◎FAX受領後、速やかにお返事をさせていただきますが、担当医師との調整にお時間を要する場合がございます。
- ◎時間外(平日6時30分、土曜午後5時30分以降)、日、祝日に受領した場合は、翌診療日に対応させていただきます。
- ◎FAX送信後のこの用紙は、受診日にご持参くださいますように患者さんにお渡しください。